

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N°45

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

Le Lever Précoce Surveillé DES ACCOUCHEES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LHOSTE

Elève de l'École du Service de Santé Militaire
né le 26 Avril 1889, à Orthez (Basses-Pyrénées)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913

ETUDE CLINIQUE
SUR
LE LEVER PRÉCOCE SURVEILLÉ
DES ACCOUCHEES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1913-1914. — N° 45

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

Le Lever Précoce Surveillé DES ACCOUCHEES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

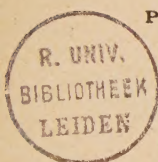
Et soutenue publiquement le 6 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LHOSTE

Elève de l'École du Service de Santé Militaire
né le 26 Avril 1889, à Orthez (Basses-Pyrénées)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	{ ROQUES
Clinique obstétricale et Accouchements	{ BARD
Clinique ophtalmologique	{ X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ X...
Clinique des maladies mentales	{ FABRE
Clinique des maladies des enfants	{ ROLLET
Clinique des maladies des femmes	{ NICOLAS
Physique médicale	{ LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	{ WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{ POLLOSSON (A.)
Matieremédicale et Botanique	{ CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{ HUGOUNENQ
Anatomie	{ MOREL
Anatomie générale et Histologie	{ MOREAU
Physiologie	{ GUIART
Pathologie interne	{ TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	{ RENAUT
Anatomie pathologique	{ MORAT
Médecine opératoire	{ COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{ LESIEUR
Médecine légale	{ PAVIOT
Hygiène	{ POLLOSSON (M)
Thérapeutique	{ COURMONT (P)
Pharmacologie	{ ETIENNE MARTIN
	{ COURMONT (J.)
	{ PIC
	{ FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X...

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président; LESIEUR, Assesseur;
MM. VORON et PIERY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE.

*Je dédie ce modeste ouvrage,
faible gage de ma reconnais-
sance infinie et de ma profonde
affection.*

A TOUS LES MIENS.

*A tous ceux envers lesquels j'ai pu contracter
quelque dette de reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

Nous le remercions de l'initiative qu'il nous a laissée dans l'élaboration de cette thèse. Mais nous nous sommes inspiré de sa rigoureuse méthode scientifique. Toute notre gratitude lui est acquise.

A Messieurs les Docteurs BOURRET et RHEUTER

Chefs de Clinique obstétricale

Notre souvenir reconnaissant.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ETUDE CLINIQUE
SUR
LE LEVER PRÉCOCE SURVEILLÉ
DES ACCOUCHÉES

INTRODUCTION

Le moment du lever des accouchées a été jusqu'à nos jours commandé par des considérations bien diverses. Coutumes locales, préjugés, conceptions mystiques ou religieuses faisaient de la nouvelle accouchée, suivant les pays et suivant les époques, soit un être impur que l'on soumettait à un isolement complet, soit un être profondément blessé qu'un long repos pouvait seul rendre à la vie commune. De tous temps, chez les pleuplades primitives l'acte de l'accouchement et ses suites ont été considérés comme des faits essentiellement physiologiques, marqués seulement par une interruption très courte des travaux quotidiens. D'ailleurs si l'on se rapproche de la vie naturelle, si l'on tend à s'éloigner des raffinements d'une existence civilisée, il est facile de remarquer le peu

d'importance attribué aux suites de couches. En effet, chez nos populations rurales, le repos au lit des accouchées est très restreint. Mais il serait téméraire de conclure que ce lever presque immédiat n'assombrit pas l'avenir gynécologique et obstétrical des femmes qui y sont soumises.

On peut se demander par contre si la longue immobilisation souvent prescrite aux accouchées de la classe aisée est justifiée. Enfin, pourrait-on, sans contrôle, adopter une formule moyenne ?

Sur ce sujet, pour répondre à ces questions, d'innombrables rapports, de multiples essais ont enrichi la littérature obstétricale. Mais ces travaux ont eu surtout crédit en Amérique, en Allemagne. En France, sauf dans le service du professeur Bar (thèse de Debrade, Paris 1909) on a peu expérimenté la méthode du lever précoc.

Or, depuis de longues années, sous l'impulsion de Fochier, à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon, on fait lever les femmes au 5^e ou 6^e jour. Cette décision était surtout commandée par le fait que beaucoup d'accouchées ne voulant pas rester les 13 jours prescrits par l'administration des hôpitaux, partaient quand bon leur semblait. Ce départ prématuré ne semblait pas s'accompagner

d'inconvénients. M. le professeur Fabre remarqua que les femmes levées au 5^e jour et restant une semaine et demie environ à la clinique se trouvaient très bien de cette mobilisation rapide. Bien entendu restaient couchées un grand nombre de parturientes pour lesquelles on considérait le lever comme dangereux.

Il était intéressant d'étudier chez ces femmes levées tôt si l'on constatait des accidents ou si elles retiraient réellement des avantages de cette mobilisation précoce.

Nous avons été chargé par M. le Professeur Fabre de contrôler méthodiquement la date exacte du lever de toutes les accouchées du service. Nous avons observé leur involution utérine, la courbe de leur température, l'état de leur pouls pendant les 12 jours que chacune passait en moyenne à la clinique après l'accouchement. Tous les accidents, les avantages que nous pouvions attribuer au lever étaient notés.

Suivant les conseils de notre maître nous ne sommes pas parti d'une idée théorique, nous avons procédé par analyse. Un seul principe nous pénétrait bien, c'est que l'infection est à la base de tous les accidents du post-partum. Or les statistiques de morbidité que nous publions plus loin relatent les excellentes conditions d'asepsie dans lesquelles se trouvent les femmes qui accouchent dans la clinique obsté-

tricale de Lyon. Le faible pourcentage de fièvre observé nous a permis de faire lever précocement un grand nombre d'accouchées.

Du 20 octobre 1912 au 31 mai 1913, 680 femmes ont accouché à la clinique. Toutes ont été observées par nous pendant leurs suites de couches. 511 se sont levées au 5^e jour.

Dans un chapitre de notre travail sera exposée la manière dont nous avons procédé, dans quelles conditions le lever a été permis, quelles ont été les causes empêchant ce lever, nos observations et résultats.

Auparavant il sera fait une étude d'ensemble sur le lever des accouchées dans l'antiquité, de nos jours.

Nous discuterons ensuite les avantages et les inconvénients du lever précoce tout en répondant aux objections qu'on lui fait en général.

Bien entendu nos conclusions, malgré les considérations qu'on pourrait en tirer pour la clientèle ne s'appliquent qu'aux 680 accouchées observées dans le service. Celles-ci étaient placées dans des conditions d'asepsie et de surveillance telles que la méthode employée était dans les conditions d'application les plus favorables.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Etude générale du lever des Accouchées.

Nous n'avons pas la prétention de rappeler comment les différents peuples ont considéré au cours de toutes les époques le lever des accouchées. Mais en faisant des recherches sur cette question nous avons eu l'occasion de trouver d'intéressantes coutumes qu'il est intéressant d'évoquer. Elles permettront en effet d'être tantôt assimilées à l'opinion des partisans du lever tardif, tantôt à celle des partisans du lever précoce. Nous verrons que souvent dans l'application de

ces coutumes ce n'est pas le bien être des accouchées qui a été envisagé. Ce souci n'est mis en œuvre qu'en avançant vers la civilisation. Alors, des lois interviennent même pour régler la durée du repos des accouchées.

Cependant, dès la plus haute antiquité les lois de Moïse se préoccupaient de la femme après son accouchement. Elles défendaient les rapports sexuels pendant 40 jours. Il est à croire qu'un long repos était recommandé puisque les Hébreux conservèrent les prescriptions du Lévitique. Or, chez eux, la femme qui avait mis au monde un garçon devait garder la chambre 40 jours et pendant 11 semaines si elle était mère d'une fille. Si l'on s'en rapporte aux textes, la Vierge n'alla au temple que le 40^e jour.

Les Grecs et les Romains témoignaient les plus grands égards aux femmes qui avaient accouché. Les Spartiates leur accordaient un repos de quelques jours, pendant lesquels toute visite était suspendue. Mêmes prescriptions à Rome. La maison où s'était produit une naissance, portait une couronne qui la recommandait au respect des passants.

Foribus suspende coronas

Jam pater es...

(Juvénal)

Au repos que l'on accordait aux accouchées, au calme qui les entourait se mêlait une idée de purification nécessaire plus ou moins longue à s'accomplir.

Jusqu'au 16^e siècle on ne retrouve pas dans les écrits médicaux le souci de l'étude des accouchements et des suites de couches. Ambroise Paré et Guillemeau eux-mêmes, sont muets sur ce sujet. A peine se soucie-t-on de l'état de la matrice après la parturition, de l'écoulement des « vuidanges ».

Au 17^e siècle, Mauriceau sans faire une allusion directe au lever des accouchées, considère la durée du post-partum de 10 à 15 jours. Levret est plus explicite. « Il ne faut, dit-il, changer le linge des accouchées que vers le dixième jour et ne point permettre qu'elles mettent le pied à terre avant le douzième, surtout si c'est une personne dont les parties soient d'un tissu flasque, si on ne veut pas les imposer volontairement à un *prolapsus uteri*. »

On trouve dans St Simon une anecdote qui ne laisse pas de prouver que même dans les sphères élevées de la Société, on enfreignait quelquefois ces règles sévères. Une des brillantes maîtresses de Louis XIV, raconte avec humour l'historien, accoucha dans l'après-midi dans le palais de Versailles. Elle disposa ensuite des fleurs dans sa chambre, se para de ses plus beaux atours et s'en fut à un bal auquel toute la Cour assistait ! Cependant en 1724, Dionis écrira dans son célèbre traité général des accouchements. « Chez les Dames du premier rang, personne n'entre dans leurs chambres pendant les 9 premiers jours, car toutes les fenêtres en sont fermées et il n'y a qu'une bougie allumée nuit et jour ».

Au 19^e siècle, Madame Lachapelle moins sévère, écrit (1821) : « Les femmes ne doivent faire aucun exercice les premiers jours de couches. » Madame Boivin ordonne un long repos. Velpeau fait osciller la date du lever entre le 9^e et le 14^e jour, mais dès les premières heures il prescrit quelques mouvements.

Quand les études sur l'involution utérine furent plus avancées, après les travaux de Wiedland, de Hecker, de Hauteband, on eut tendance à attendre que l'utérus fut redevenu organe pelvien pour permettre le lever. Le terme

habituel de 21 jours consacra un nouvel usage. Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

Il faut arriver jusqu'en 1880 pour constater les premiers essais bien observés de lever précoce.

Mais avant d'étudier ces nouvelles tendances, il est intéressant de relater comment de nos jours encore les peuplades primitives traitent les accouchées.

Au Groenland, à Madagascar, tous les égards sont réservés au mari. Après la naissance de l'enfant, la mère se lève, fait le ménage et conduit les visiteurs, faussement apitoyés, au hamac où gémit son époux.

Et quoiqu'il soit très sain et d'esprit et de corps
Contre un mal qu'il n'a point, l'art unit ses efforts.

(D^r CABANÈS : « *les Curiosités de la Médecine* »)

Cette coutume aurait existé autrefois au Canada, en Corse, en Béarn, sous le nom de « Couvade ». Dans cette dernière contrée, nous n'en avons pas retrouvé la trace.

En général, on trouve chez les peuples primitifs l'absence complète de repos. Chez les Nyams-Nyams, la femme, une fois la délivrance terminée, va prendre un bain dans la rivière, après s'être livrée à des ébats chorégraphiques des plus violents. Les Lyonnais ont pu constater, pendant l'exposition de 1894, que le changement de climat ne modifiait pas les mœurs de certains noirs. Une négresse fut prise des douleurs de l'enfantement dans la rue. Paisiblement, elle s'assit sur un trottoir, procéda elle-même à sa délivrance, puis à une borne-fontaine, fit sa toilette et celle de son négriillon. Elle revint ensuite au village noir où elle reprit ses quotidiennes occupations.

Beaucoup de peuplades considèrent comme indispen-

sable après l'accouchement une immersion dans l'eau, puis des mouvements violents. Elles craignent, par le repos, de favoriser la coagulation du sang épanché dans l'utérus.

Les Siamoises restent couchées longtemps, non pour observer un vain repos, mais pour laisser leur abdomen exposé à une flamme purificatrice. Le mari, vestale vigilante, entretient l'incandescence d'un brasier pendant trente jours, période qui diminue d'une semaine à chaque enfant.

Dans les tribus des plaines du Colorado la femme, si la délivrance tarde à se faire, va chercher elle-même l'arrière-faix dans le vagin. Elle met ensuite une ceinture de cuir autour de sa taille. A partir de ce moment commence une fête dansante... et hurlante à laquelle elle est loin de rester inactive. La fièvre puerpérale est très rare dans ces tribus, relate Monsieur Forwood qui a observé ces coutumes. Cependant les prolapsus doivent y être fréquents, puisque beaucoup de femmes empruntent à la peau des buffles, des lambeaux dont elles confectionnent de grossiers pessaires.

Les Wakhambas d'Afrique font travailler leurs femmes au bout de 4 à 5 jours après l'accouchement. Pour eux une purification préalable s'impose et le meilleur moyen de la réaliser, pensent-ils, est la pratique des rapports sexuels dès le 3^e jour !

Toutes ces curieuses pratiques tendent à prouver combien nous sommes loin des ménagements auxquels sont soumises les femmes de notre époque, ces « éternelles blessées », si peu résistantes il est vrai, devant la grossesse et sa terminaison. Cependant malgré la débilité de la femme civilisée, plusieurs auteurs se sont demandés si elle se trouvait bien d'observer un repos rigoureux pendant les suites de couches.

Küstner, il y a trente ans, avait essayé un lever précoce sur un petit nombre de femmes. Mais ses résultats furent médiocres. A cette époque les conditions d'asepsie n'étaient pas suffisamment établies pour pouvoir éliminer l'infection.

Goedel, cité par Brützer, fit dans le même sens un essai portant sur 700 femmes. Ses résultats n'eurent pas le retentissement qu'il désirait. Mais en 1889, Charpentier se trouva bien de la méthode du lever précoce, et pouvait le préconiser pour les accouchées. Les théories de Boldt, de New-York, sur le traitement ambulatoire des laparotomisés émises vers 1891, malgré les nombreuses critiques qu'elles soulevèrent, amenèrent de nouveaux essais de mobilisation précoce en obstétrique. Wild, dès 1896, recommandait en Allemagne, des exercices de gymnastique aux accouchées, exercices tendant à faire fonctionner les muscles de la paroi abdominale. Mais c'est Küstner, qui, fidèle à ses premières conceptions, fit porter une statistique sur 1.000 femmes accouchées du mois d'avril 1894, au mois de janvier 1896 à la clinique de Breslau. 600 sur ce nombre, s'étaient levées le 3^e ou 4^e jour. Les autres représentaient les cas où une contre-indication quelconque empêchait le lever. Or les résultats obtenus furent des plus favorables. Küstner constata la rareté des vertiges, la plus grande rapidité de l'involution, l'heureuse influence du lever précoce sur les femmes. Hégar ordonnait une reprise rationnelle et progressive des mouvements habituels. Kronig enfin publiait une statistique tendant à prouver qu'il observait moins de cas de fièvre chez les femmes levées tôt que chez celles qui gardent un repos absolu et prolongé.

En Allemagne, cette méthode de lever précoce paraît donc

la plus admise de nos jours. Une enquête faite en 1912 par la Medizinische Klinik, auprès des accoucheurs de ce pays, donne leur opinion à ce sujet. Bumm de Berlin, Kummel de Hambourg, Bier de Berlin, sont partisans d'un lever précoce.

En France, malgré l'opinion émise par Charpentier en 1889, les accoucheurs sont plus favorables au long repos. Ribemont-Dessaigne et Lepage ne croient pas que la femme puisse se lever sans inconvénients avant le dix-huitième ou vingtième jour. Le repos de neuf jours est consacré pour beaucoup de praticiens par une habitude quasi-séculaire. Cependant dans un remarquable travail, M. Desplats, de Lille, raillait ce terme fatidique de 9 jours. Frappé par les théories de Lucas-Championnière sur le traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce, il écrivait dans le Journal des Sciences médicales de Lille : « Le vent souffle à la mobilisation. A Paris, et dans les grandes villes, la femme reste couchée 9 jours après son accouchement. Un chartiste de mes amis, me communiquait une note de laquelle il résulte qu'il en était ainsi du temps de Charlemagne... N'allez pas croire que celle qui se lève plus tard est mieux remise que celle qui se lève plus tôt. Au contraire, elle est plus faible et beaucoup plus lente à reprendre la vie commune. » Malgré ce chaud plaidoyer, on n'eut à enregistrer en France que l'essai fait dans la clinique du Professeur Bar à Paris. Sur 400 femmes levées au 3°, 4°, 5° et 6° jour, les résultats favorables du lever parurent surtout évidents le 6° et 7° jour. Dans nos observations, le lever au 5° jour, on le verra, a été très favorable aux 511 femmes qui y ont été soumises si l'on en déduit un faible pourcentage d'accidents. Il serait à désirer que l'on expérimentât

dans beaucoup d'hôpitaux, pour avoir comme nous la certitude qu'en réagissant contre un lever trop tardif on détruit des préjugés.

CHAPITRE II

Recherches personnelles faites à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon sur les résultats du lever précoce

Du 20 octobre 1912 au 31 mai 1913, nous avons observé les suites de couches de toutes les femmes à la Clinique obstétricale de Lyon : 680 accouchements ont eu lieu, 511 femmes se sont levées au 4^e et 5^e jour.

Pour savoir dans quelles conditions nous avons observé et relaté nos résultats, il est nécessaire que nous exposions le fonctionnement du service de la Clinique, les règles auxquelles sont soumises les femmes qui y viennent, la morbidité des différentes salles pour cent accouchées.

Avant l'accouchement, dès l'entrée dans la salle des douleurs, on fait une toilette vulvaire et vaginale de la parturiente. Chaque fois qu'elle est touchée pour l'observation

de la marche du travail, par le personnel du service ou les stagiaires étudiants, on procède à une nouvelle toilette vaginale : injection d'essence de térébenthine à 5 pour 1000. Après la délivrance, *injection intra-utérine prophylactique* d'essence de térébenthine (30 centimètres cubes pour un litre d'eau bouillie). La femme est amenée ensuite dans une salle où elle est soumise à des règles rigoureuses d'asepsie. Tous les jours, matin et soir, la *température rectale* est prise. Les thermomètres sont individuels. *L'état du pouls* est noté aussi. Purgation deux fois par semaine chez les femmes qui restent au lit. Nous verrons plus loin que celles qui se lèvent régularisent vite leurs évacuations alvines. Quand on n'observe pas de température, on se contente d'un savonnage vulvaire quotidien. Si la température monte, injection vaginale de térébenthine, injection intra-utérine si on la juge nécessaire.

En même temps on prélève des lochies, même non fétides. On y fait la recherche des agents infectieux : streptocoques, gonocoques. La prise des lochies est pratiquée à l'intérieur de l'utérus. Enfin, si la fièvre est élevée, la malade est isolée; on opère une prise de sang et on essaie la culture du streptocoque qui pourrait être contenu dans ce sang par la méthode de Sittmann (Blut-Agarplatten).

Les femmes qui ont eu un accouchement normal et dont les suites de couches sont apyrétiques partent le 12^e jour. C'est pendant cette période de 12 jours que nous avons observé la plupart des accouchées du service.

Dans ces conditions, voici les tableaux de morbidité relevés. Nous ferons remarquer que dans la statistique suivante sont portées dans l'élément morbide *toutes les femmes ayant eu 38° 1 ou plus de température rectale pendant trois jours*

consécutifs quelle qu'ait été la cause de cette température. En outre, un certain nombre de femmes arrivaient directement de l'extérieur pour accoucher, d'autres étaient amenées de dortoirs spéciaux où elles avaient fait un plus ou moins long séjour avant leur entrée à la salle des douleurs.

Mois 1912-13	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
Accouchements	90	91	104	86	102	80	103
Avec fièvre	19	10	17	13	88	7	15
Sans fièvre	71	81	87	93	14	73	93
Morbidité totale p. o/o	10 o/o	10,9 o/o	17 o/o	15 o/o	12 o/o	8 o/o	14 o/o
Morbidité des malades du dortoir	7 o/o	12,8 o/o	28 o/o	19 o/o	11,5 o/o	10,7 o/o	9 o/o
Morbidité des femmes venues du dehors	8,6 o/o	10 o/o	13 o/o	12 o/o	11,9 o/o	6,8 o/o	17 o/o

Soit sur 680 accouchées :

Mortalité :	0.
Morbidité totale :	12,4 %
Morbidité des malades du dortoir :	14,4 %
Morbidité des malades arrivant directement à la clinique :	9,9 %

Telles sont les conditions sanitaires, le milieu dans lequel nous avons opéré et voici comment nous avons compris les essais de lever précoce.

Si chez une accouchée on n'observait pas pendant les 3 premiers jours d'accidents de la courbe thermique, si l'on ne comptait pas plus de 75 pulsations à la radiale, le 4^e jour, un court lever était permis. Pendant qu'on faisait son lit, la femme allait à la selle et procédait à sa toilette. Le 5^e jour, elle restait levée une demi-heure, faisait quelques pas dans la salle. Le 6^e jour, elle se levait tout le temps qu'elle

voulait, mais restait sous la surveillance du personnel. La température et le pouls étaient soigneusement relevés. 511 femmes se sont levées dans ces conditions.

169 sont restées couchées un temps plus ou moins long. Tout d'abord, les femmes qui avaient eu une *déchirure du périnée*. La date de leur lever était proportionnée à l'importance de la suture que l'on avait dû pratiquer, et à la rapidité de la cicatrisation de la plaie. Toutes les femmes qui *avaient plus de 38°* de température rectale pendant 2 jours étaient immobilisées. De même, celles dont le nombre de pulsations à la radiale dépassait 75.

Un lever plus tardif était prescrit aussi aux femmes qui *avaient eu des accidents pendant leur accouchement ou leur délivrance* : hémorragies dépassant 500 gr., rupture prématurée des membranes, éclampsie, travail très long. Plus tard que les autres, se levaient celles qui avaient subi des interventions, soit manuelles, soit instrumentales pendant leur accouchement : forceps, versions par manœuvres internes ou mixtes, procidence du cordon réduites, délivrance artificielle. Encore que nous nous sommes guidés surtout sur la température et dans ces derniers cas observions seulement plus longtemps la régularité de la courbe thermique pour permettre le lever.

Nous avons considéré beaucoup d'autres cas comme contre-indications absolues du lever précoce : parmi les femmes qui avaient la fièvre, un certain nombre étaient bacillaires ou atteintes d'affections aiguës des voies respiratoires. Un certain nombre encore étaient atteintes pendant leur séjour à la clinique d'affections passagères : grippez, bronchites. Sous le tableau clinique de ces diverses affections qui par elles-mêmes n'étaient pas souvent assez gra-

ves pour nécessiter un repos absolu, pouvait se cacher une infection latente ou tout au moins un terrain favorable à son éclosion. Il était naturel d'attendre dans ces cas la chute absolue de la température.

Les cardiaques étaient aussi très surveillées au cours de leur première mobilisation que l'on retardait toujours à dessein. Des varices nombreuses mettaient celles qui en étaient atteintes dans le même cas.

La moindre fétidité des lochies, l'abondance de pertes blanches, faisaient l'objet d'une immobilisation et d'examen bactériologiques.

Nous avons enfin *toujours respecté le désir des femmes de rester au lit*. Mais, ce fait est bien à retenir, *la plupart des accouchées attendaient avec impatience le moment du lever*. C'était une déception bien facile à constater chez elles, quand le matin nous empêchions le lever pour une cause ou pour une autre. Souvent, nous avons vu solliciter l'autorisation de faire quelques pas dans la salle par des femmes qui avaient de légères élévations thermiques, autorisation qui leur était d'ailleurs refusée. Bien mieux, un grand nombre d'accouchées, 35 % sur les 511 levées tôt, nous le verrons plus loin, sont parties du 4^e au 8^e jour qui suivait l'accouchement. C'étaient en général des multipares considérant un plus long séjour à la Clinique comme inutile malgré nos exhortations. Ce que nous craignions surtout pour elles c'était *le retour en milieu infecté* et la reprise immédiate de travaux pénibles plus qu'une mobilisation rapide. Il est à remarquer d'ailleurs, que ce mépris du repos est pratiqué dans une clinique où viennent surtout des femmes du peuple plus résistantes et plus fortes.

Maintenant que nous avons indiqué les cas dans lesquels

nous interdisions le lever (nous les analyserons plus en détail par la suite), reprenons les cas où le lever a été permis.

511 femmes, avons-nous dit, ont été soumises à une mobilisation progressive dès le 4^e jour.

Quand, après un essai de lever, nous observions une ascension de la courbe thermique au-dessus de 38°, quelle que fut la cause de la température, l'immobilisation était reprise. En éliminant les maladies infectieuses intercurrentes, suffisamment établies par des signes cliniques habituels, nous avons observé 26 cas sur 511, d'élévations de température dues au lever. Sur ces 36 cas, *7 fois seulement*, la température a dépassé 38°. Jamais elle n'est arrivée à 39°. Cette fièvre durait deux ou trois jours, puis, tout rentrait dans l'ordre et une seconde mobilisation n'amenait pas d'accidents. 19 fois, le lever a fait monter une température rectale de 37° 5 à 37° 8 ou 37° 9. Cet état subfébrile se maintenait seulement 1 ou 2 jours, *mais on ne jugeait pas nécessaire une immobilisation secondaire* et tout redevenait normal.

Puisque nous en sommes aux accidents provoqués par le lever précoce, nous allons encore citer le peu de cas dans lesquels après une première mobilisation sont survenues des *douleurs dans les jambes*, des fourmillements. *7 fois seulement* cet accident est survenu. L'immobilisation a été reprise. Après deux ou trois jours, les jambes étaient de nouveau mises hors du lit, puis, un jour après, posées à terre. Les douleurs ne se faisaient plus sentir. Dans 3 cas sur 511 seulement, des malaises divers : vertiges, lypothimies ont obligé à une immobilisation secondaire.

Enfin, nous ne voulons pas passer sous silence un acci-

dent plus grave qui s'est manifesté après le lever. Nous en donnons plus loin l'observation détaillée. Il s'agit d'une *phlébite* dont l'évolution fut de 40 jours. Nous verrons qu'il s'est produit deux phlébites chez des femmes qui étaient restées immobilisées. Mais ce cas malheureux entre dans nos statistiques parmi les accidents du lever précoce.

Somme toute, sur 511 cas, 22 fois seulement nous avons été obligés à une immobilisation secondaire de quelques jours, soit dans 4 % des cas.

Ce faible pourcentage pourrait rendre, malgré tout, sceptiques ceux qui ont adopté un lever tardif, mais nous allons voir que la série des avantages que l'on obtient par le lever précoce, les accidents que l'on évite, valent bien de courir le risque d'une immobilisation secondaire de deux ou trois jours.

Pendant les 12 jours qu'en moyenne les femmes passaient à la clinique, la hauteur sus-pubienne de leur utérus était mesurée 3 fois : le 4^e jour, le 7^e jour et le 12^e. Si une involution paraissait plus particulière dans sa marche, elle était relevée tous les jours. Pour ces observations, nous nous sommes toujours assurés de la vacuité de la vessie. Les femmes allaient en outre à la selle tous les matins. La hauteur du fond utérin était mesurée au centimètre, du bord supérieur du pubis au bord cubital de la main repérant ce fond à travers la paroi abdominale. Ce procédé, suffisant pour une mesure grossière, était quelquefois accompagné d'un toucher combiné dans le cas où l'épaisseur de la paroi aurait pu fausser les résultats. Nous faisons aussi ces mensurations sur les femmes immobilisées, pour avoir un terme de comparaison.

L'involution utérine a été relevée chez 350 femmes levées

tôt. Nous verrons dans nos observations qu'elle a été très rapide dans 17,7 % des cas, que dans 78,9 % des cas l'utérus au 11^e ou 12^e jour avait disparu derrière la symphise pubienne. Or, les classiques considèrent ces chiffres comme représentant une involution rapide. Nous ne reproduirons pas tous les résultats d'observations donnés par eux. En moyenne, ils admettent que ce n'est qu'au 15^e jour que l'on ne perçoit plus le fond utérin au-dessus du pubis. Par exemple M. Lefour de Bordeaux donne

4^e jour 8^{cm}7 de HU.

6^e jour 6^{cm}8

12^e jour 3^{cm}1

L'involution utérine a été surveillée chez 50 femmes levées tard. Nous avons surtout choisi celles qui n'avaient pas de fièvre et pour lesquelles on ne pouvait accuser l'infection de ralentir la marche de l'involution : déchirures du périnée, cardiaques, interventions obstétricales. Dans ces cas l'involution a été toujours très lente. Au 12^e jour, on percevait un utérus débordant la symphise pubienne de 4 cm. ou 6 cm.

Quand disparaissait la cause du lever tardif, après deux journées de mobilisation, on constatait que ces utérus à involution lente, étaient devenus des utérus à involution plus rapide et que leur fond descendait de 1 cm. $\frac{1}{2}$ en moyenne par jour.

Au 12^e jour, date moyenne de leur départ, nous avons touché un certain nombre de femmes pour repérer la position de leur utérus. Chez les femmes levées tôt, nous avons toujours constaté une position normale de la matrice, en antéversion. Or nous verrons en étudiant d'une façon plus approfondie que cette position favorable de

l'utérus, risque moins d'être obtenue par un lever tardif. Le poids de l'organe gestateur pendant les suites de couches, le fait basculer en arrière si la position horizontale est observée. C'est l'avis que nous avons entendu émettre par le professeur Pollosson au cours d'une de ses cliniques. Ce gynécologue attribue beaucoup de rétroversions à la position horizontale donnée pendant les suites de couches.

Au cours de nos observations, il nous a paru intéressant de savoir l'*influence du lever précoce sur les lochies*. Elles ont paru en général plus abondantes les premiers jours, mais elles devenaient rapidement séreuses. Chez la majorité des femmes, elles étaient insignifiantes comme abondance au 8° ou 9° jour. Jamais la mobilisation précoce n'a amené la fétidité de ces lochies. Chez les femmes qui restaient au lit cette fétidité, contre-indication de leur lever souvent était l'occasion de recherches bactériologiques ayant pour but de déterminer la présence d'agents infectieux. En tout cas, l'écoulement lochial a été toujours de plus longue durée sous l'influence du repos. Au 12° jour environ, on constatait un écoulement brunâtre que nous n'avons jamais observé chez les femmes levées tôt.

Enfin aux consultations hebdomadaires de nourrissons, nous avons eu l'occasion d'interroger beaucoup de mères qui se levaient tôt à la clinique après leurs accouchements et même qui étaient parties le 8° ou 9° jour. A leur dire, arrivées chez elles, elles reprenaient par nécessité leurs occupations domestiques, souvent même le travail d'usine. Peu se sont plaintes de troubles attribuables à la date de leur lever.

On verra au cours de nos observations que nous avons recherché l'influence de la parité et de l'âge sur les suites

attribuables au lever précoce. Nous avons classé cette influence comme indifférente, car nous n'avons pas cru nous apercevoir qu'elle soit intervenue en bien ou en mal.

CHAPITRE III

Observations personnelles Statistiques

Maintenant que nous avons exposé notre manière de procéder et relaté les résultats les plus intéressants d'une manière générale, nous n'allons pas certainement publier les 680 observations des femmes accouchées à la clinique, ou même celles de leurs suites de couches. Il nous a paru plus frappant pour nos démonstrations, de relever dans toutes les observations les points intéressant la question du lever : involution utérine, accidents, avantages chez les femmes levées tôt (511) et chez les femmes levées tard (169).

Pour certains points particuliers (involution utérine), il ne nous a pas été possible de suivre toutes les observations.

Chez 350 femmes levées tôt seulement, nous avons pu mesurer 3 fois la hauteur utérine pendant leur séjour à la Clinique. Un certain nombre, que nous citons, sont parties avant le 10^e jour alors que leur utérus débordait encore largement la symphise pubienne. Pour certaines conditions que nous avons jugé indifférentes au bout d'un certain temps, (parité, âge) nos observations ne portent que sur un nombre plus restreint de femmes.

Tous ces chiffres ont été contrôlés en compulsant les observations prises dans le service, les feuilles de température rectale sur lesquelles étaient notés l'état du poulx, l'involution utérine, les jours du lever, 1^{er}, 2^e et 3^e jours, les accidents produits, l'état des lochies, etc..

Les observations que nous jugeons plus intéressantes à signaler sont résumées après les statistiques qui en relatent le nombre.

Sur 680 accouchements ayant eu lieu à la Clinique du 20 octobre 1912 au 31 mai 1913

511 levers précoces (conditions déjà énumérées)

159 levers tardifs (du 9^e au 20^e jour et plus)

Ce qui donne

24,9 0/0 de contre indications

75,1 0/0 de cas où le lever peut être permis.

Sur ces 511 femmes levées tôt

7 sont parties sans autorisation le 3^e et 4^e jour, soit 1,3 %

14 sont parties sans autorisation le 4^e et 5^e jour, soit 2,7 %

45 sont parties sans autorisation 6^e, 7^e et 8^e jour, soit 8,7 %

115 sont parties sans autorisation, 9^e et 10^e jour, 22,5 %

330 parties avec autorisation, 11^e 12^e jour et plus, 62,2 %

Soit encore 1,3 % avant qu'on ait préconisé le lever.

- 2,7 % le jour même du lever.
- 8,7 % après 1, 2, 3 jours de lever.
- 22,5 % après 5, 6, 7 jours de lever.
- 62 % après 7, 8 et n jours de lever.

A. Accidents provoqués par le lever

- I a) Une température subfébrile de $37^{\circ} 5$ à $37^{\circ} 9$ pendant 1 et 2 jours sans reprise de l'immobilisation a été observée dans 19 cas
- b) Une température fébrile de $38^{\circ} 2$ à $38^{\circ} 5$ obligeant à une immobilisation secondaire a été observée dans 7 cas

a) Ces 19 cas de température subfébrile ont été observés avec soin. Il s'agissait de femmes qui au 3^e jour avaient, avant tout mouvement, une température normale de $37^{\circ} 2$ à $37^{\circ} 3$. On instituait le lever et le soir, sans qu'elles aient éprouvé de malaises, de fourmillements dans les jambes, la température montait de 3 ou 4 dixièmes de degrés. Le pouls n'était pas accéléré. Les lochies n'étant pas fétides, aucun signe ne révélant l'infection, on continuait la mobilisation comme si rien n'était et après 2 ou 3 jours de cet état subfébrile, tout était rentré dans l'ordre, la température redevenait normale. En général on avait affaire à des femmes émotives qui dépensaient trop d'activité lors de leur premier lever et chez lesquelles une trop grande fatigue pouvait provoquer cet état subfébrile.

b) Les 7 observations dans lesquelles une température fébrile a obligé à une 2^e immobilisation au lit entrent dans les accidents les plus ennuyeux. Il est évident que ce retour au repos imposé par la prudence la plus élémentaire aurait pu modérer notre enthousiasme pour le lever précoce. Mais en ajoutant les cas cités plus loin, de douleurs dans les jam-

bes après une première mobilisation et aussi le cas de phlébite observé, nous avons eu en tout 22 cas où l'immobilisation secondaire a été nécessaire, soit 4 %.

7 températures fébriles après le lever, soit 1,3 %. Dans ces 7 cas, la température n'est jamais montée au-dessus de 38° 5. L'observation la plus défavorable que nous ayons à relater donne 3 jours de température au-dessus de 38°, immobilisation de 5 jours, reprise du lever sans accidents.

Obs. 376 (février 1913) — Jeanne B. III pare. Accouchement normal. Fille 3280. 1^{er} jour 37°8, 37°9 — 2^e jour 37°5, 37°4 — 3^e jour 37°5, 37°6. Pulsations 75. Pas de fétilité des lochies — 1^{er} lever 4^e jour 10, température normale — 2^e lever 38°3, 38°5. 85 pulsations. Immobilisation au lit. Pas de fétilité des lochies. Involution utérine normale : 6^e jour HU = 10 cm. La température se maintient le 6^e, 7^e, 8^e jour au-dessus de 38°. Déferescence le 9^e jour. Nouveau lever le 10^e jour, pas d'élévation de la température. La malade sort le 12^e jour. Son involution utérine a été rapide, l'utérus est imperceptible au-dessus de la symphise pubienne.

II — L'immobilisation secondaire a été obligée encore dans 11 cas. Nous ne publions pas ces observations qui se ramènent à un type unique. Le lendemain ou le surlendemain du premier lever, certaines femmes se plaignaient de douleurs dans les jambes. Ce symptôme, essentiellement subjectif, puisque nous n'observions pas d'œdème, pas de température, nous invitait à faire reprendre le repos à ces femmes. A un second lever, plus ou moins tardif, ces douleurs ne reparaissant pas, le lever était continué.

III — Dans 3 cas, nous avons institué une immobilisation secondaire après un premier lever. Dès qu'elles posaient les pieds à terre, ces 3 femmes avaient *des vertiges et un état lypothimique*. Deux avaient de l'éréthisme cardiaque. Une 2^e mobilisation plus tardive, au 9^e jour n'a pas amené les mêmes accidents.

IV — Enfin, nous publions en détail l'observation d'une femme qui après s'être levée alors qu'elle n'avait ni température élevée, ni accélération du pouls, ni signes d'infection, fut prise de douleurs dans les mollets au 9^e jour. Une phlébite se déclara. On remarquera que cette femme avait eu un accident au cours de son accouchement : hémorragie de 500 gr. due à un décollement prématuré du placenta normalement inséré. Nous faisons rentrer ce cas dans les contre-indications du lever précoce. C'est par inadvertance qu'il a été permis à cette accouchée de se lever tôt. Peut-être la phlébite se serait-elle déclarée malgré le repos au lit. Nous avons retrouvé dans le service des observations de phlébite, citées plus loin, chez des femmes qui avaient été immobilisées dès les premiers jours de leur accouchement.

Obs. 445, mars 1913. B. J. 27 ans. III pare — 1^{er} accouchement normal, 2^e accouchement 1 fœtus macéré, 3^e accouchement le 16 mars. Légère crise d'éclampsie cédant au chloral. Travail normal OI DP, délivrance naturelle précédée d'une hémorragie de 500 gr. due à un décollement du placenta normalement inséré. Naissance d'une fille 2830 gr. Pendant 4 jours après l'accouchement pouls et tempé-

rature normaux — 1^{er} lever 10 minutes 4^e jour — pas de température anormale — 2^e lever 5^e jour, une demi-heure — fièvre 38°9 le soir se maintenant jusqu'au 9^e jour entre 38° et 39°. Au 9^e jour douleur dans le mollet droit. Œdème de la jambe. Immobilisation dans une gouttière de Bonnet à l'infirmerie. Température élevée pendant 20 jours, puis rétrocession de tous les symptômes. La malade part guérie le 40^e jour.

Bref, si nous récapitulons les accidents du lever nous trouvons en tout :

41 accidents sur 511 levers précoces. Sur ces 41 accidents, 19 cas de température subfébrile n'ont pas obligé à une 2^e immobilisation, soit en tout 4 % d'accidents vrais et 1 seul cas ayant nécessité une longue immobilisation.

B. Avantages constatés à la suite du lever précoce

I — Influence sur l'involution utérine.

a) L'involution utérine a été surveillée chez 350 femmes levées tôt (dans les conditions indiquées). 65 ont eu une involution utérine très rapide se rapportant au type suivant.

4^e jour HU = 11 cm. à 12 cm.

7^e jour HU = 6 cm. à 7 cm.

9^e ou 10^e jour HU = 0 cm. au-dessus du pubis.

Donc dans 17,7 % des cas involution utérine très rapide.

b) 275 femmes ont eu une involution utérine rapide = Utérus disparu derrière la symphise pubienne au 12^e jour

Soit dans 78, 9 % des cas.

c) 10 ont eu une involution utérine plus lente Utérus = 3 cm. à 3 cm. 5 au-dessus du pubis au 12^e jour.

Soit 2, 6 % des cas.

Le lever et la mobilisation favorisent donc la descente de l'utérus dans 98 % des cas.

II. — Influence du lever sur la température rectale.

a) Si nous avons consciencieusement relevé les cas où le lever causait une température subfébrile ou même de la fièvre, nous avons eu, sur les 511 femmes levées tôt, des observations très intéressantes d'influence inverse due à la mobilisation.

Tout d'abord nous avons constaté que d'une façon générale après deux ou trois jours de lever la température tendait à régulariser ses oscillations. Les courbes présentant de légers clochers des différences de 6 ou 7 dixièmes de degré entre le matin et le soir, changeaient d'aspect après la mobilisation. Les oscillations devenaient de moindre amplitude. Nous ne voulons parler ici que des températures normales. Il est évident que cette *tendance à régulariser les courbes* dénote un meilleur état général dû à l'influence du mouvement.

b) Mais ce qui est plus notable encore c'est que nous avons des observations (14) où une température subfébrile est redevenue normale après la mobilisation. On nous objectera qu'il était imprudent de faire lever des femmes ayant une fièvre légère. Ici nous nous sommes entourés de *toutes les précautions voulues*. Tout d'abord un examen approfondi de la malade était pratiqué. Ce n'est qu'après nous être

assuré que le pouls n'était pas accéléré, que l'utérus involuait normalement, que rien d'infectieux (lochies examinées, sang, etc.) ne pouvait motiver cet état subfébrile. Dans ces conditions voici nos observations. Nous avons joint à certaines d'entre-elles des courbes de température démontrant plus nettement cette influence du lever.

Obs. 79. X. 25 ans. Accouchement normal en OIGA. Garçon de 3820 gr. Délivrance naturelle.

<i>1^{er} jour — 37°9 — 37°9.</i>	<i>Pas d'accélération du</i>
<i>2^{me} jour — 37°8 — 37°9</i>	<i>pouls. Rien dans les</i>
<i>3^{me} jour — 37°9 — 37°9</i>	<i>lochies</i>
<i>4^{me} jour — 37°8 — 37°2 = 1^{er} lever 10 minutes.</i>	
<i>5^{me} jour — 37°1 — 37°4 = 2^{me} lever ½ heure.</i>	
<i>Jours suivants, température normale entre 37° et 37°4.</i>	

Obs. 102. X. 18 ans. I pare. Accouchement normal. OIDA. Délivrance naturelle. Fille 3330.

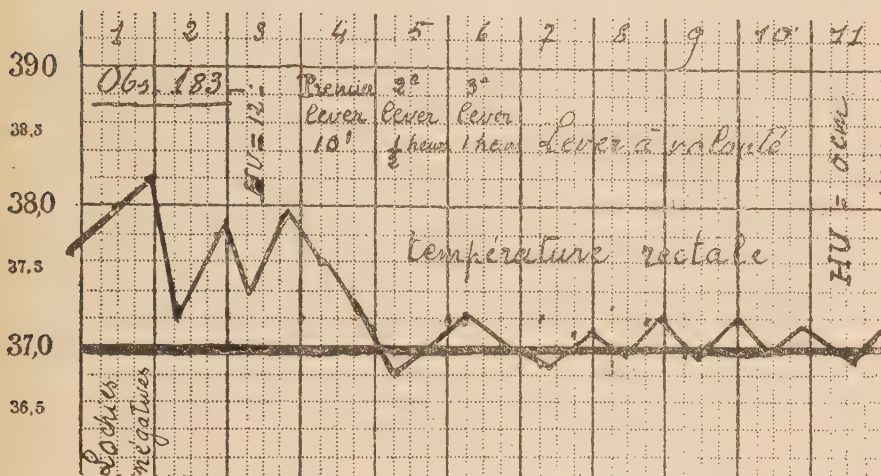
*3 premiers jours Température oscillant entre 37°6
— et 37°9.*

*1^{er} lever — la température tombe à 37°2 et se maintient
au-dessous de 37°5 jusqu'au départ de la malade
13^e jour.*

Obs. 142. X I pare. 17 ans. Accouchement et délivrance normaux. Fille 3330.

<i>1^{er} jour — 38° — 38°2.</i>	
<i>2^{me} jour — 37°9 — 38°</i>	<i>Pouls 78. Pas de signes</i>
<i>3^{me} jour — 37°9 — 37°9</i>	<i>infectieux.</i>
<i>4^{me} jour — 37°8 — 37°2.</i>	
<i>Les jours suivants température normale.</i>	

Obs. 183. X. I pare 23 ans. Accouchement OIDP fille
3250. Délivrance normale.



Légende. — Le lever fait nettement tomber la température. La malade sort guérie le 12^e jour.

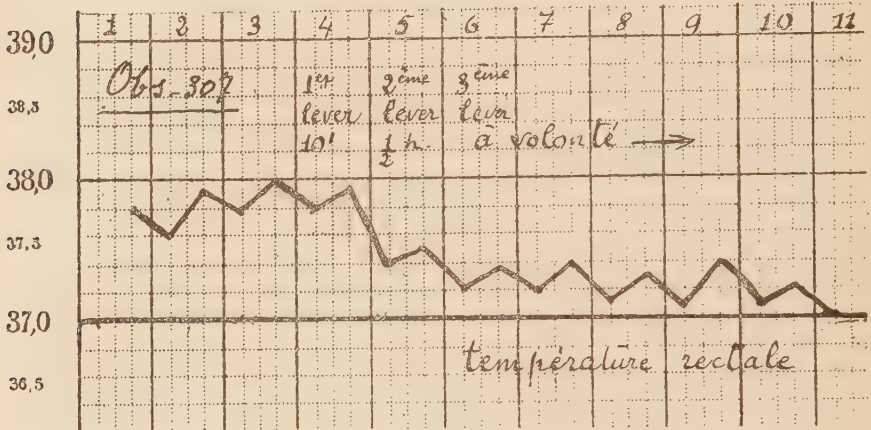
Obs. 247. X 37 ans VII pare. Accouchement normal.
Température nettement régularisée par le lever.

Obs. 254. X. 29 ans IV pare. Accouchement normal.
Garçon 2870.

3 premiers jours — 37°6 — 38°.

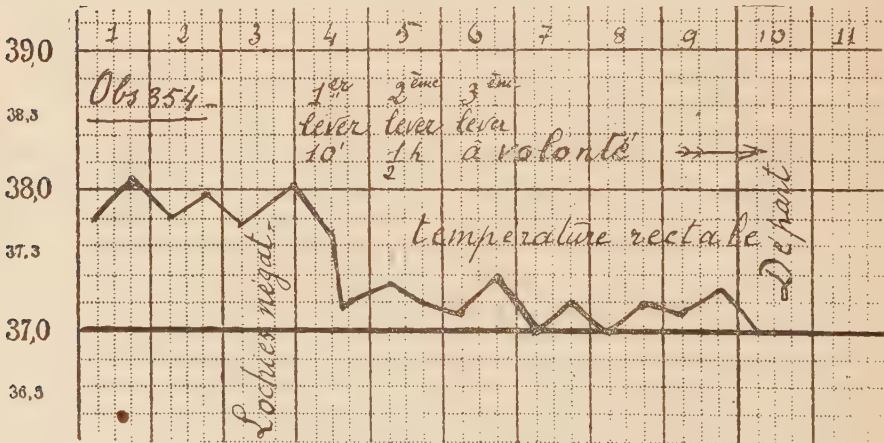
Après lever — 37°2 — 37°5.

Obs. 307. X. 33 ans VII pare. Accouchement normal.
Garçon 3700.



Obs. 342. X. IV pare 32 ans. Fille 3200. Siège. SIGA.
Premiers jours — 37°9 à 38°2.
Après lever — 37°2 à 37°5.

Obs. 354. X. I pare 22 ans. Accouchement et délivrance
normaux. Garçon 3120.



Obs. 402. X. I pare 20 ans. Accouchement normal. Garçon 2200. Pendant 6 jours cette femme a de la température 38°1 — 38°2. Comme elle a de la vaginite granuleuse, on fait un prélèvement de lochies et de pertes blanches. Pas de gonocoque. Involution utérine normale. Après 2 jours de lever la température s'abaisse et reste entre 37°2 et 37°5 jusqu'au départ de la malade.

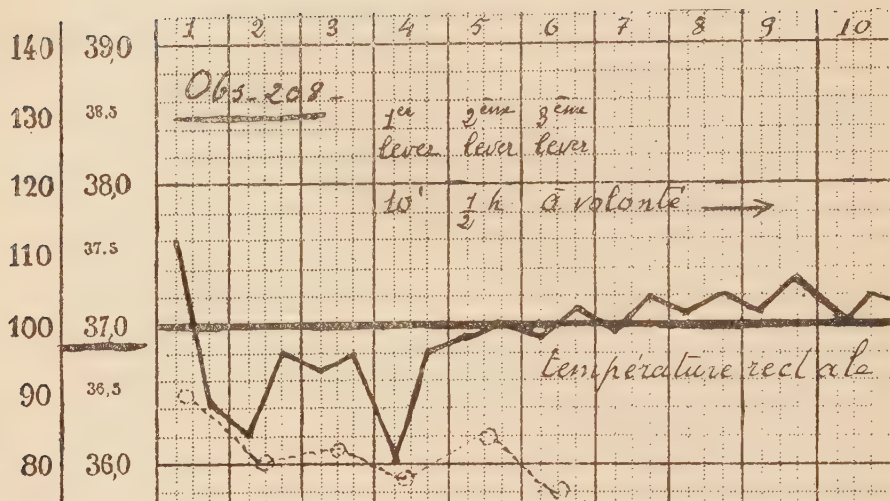
Nous avons publié ces observations qui se ressemblent au point de vue de l'influence du lever sur la température. Les tableaux ci-dessus démontrent encore mieux la chute de la fièvre après la première mobilisation.

Nous avons eu en tout 14 cas de chute de température attribuables au lever, soit :

2,7 % sur les 511 femmes levées tôt

Alors que dans 7 cas seulement, le lever a nettement provoqué de la fièvre.

b) Un cas curieux qui a trait aussi à l'influence favorable de la mobilisation sur la température est celui que relate l'observation suivante. Une femme du service, Obs. 208, accoucha normalement et présenta pendant 3 jours une hypothermie marquée. Elle n'avait aucune lésion. Seule, une misère physiologique évidente pouvait être la cause de cette hypothermie qui cessa après le lever comme le montre la courbe suivante :



III. INFLUENCE DU LEVER SUR LES FONCTIONS INTESTINALES ET VÉSICALES.

Nous n'avons pas constaté, après un premier lever, de cas où le cathétérisme vésical fut nécessaire. Purgées pendant leur repos au lit, après le lever, les femmes reprenaient facilement la régularité de leurs fonctions intestinales. Nous verrons en analysant tous les avantages du lever précoce, combien ce point est important.

IV — L'utérus a toujours été trouvé en antéversion chez les femmes qui avaient été soumises à une mobilisation précoce. Nous avons été obligés de toucher une dizaine d'accouchées pour contrôler, avec un palper combiné, les dimensions de l'utérus ; c'est dans ces cas que nous avons pu observer la bonne position de l'utérus.

V — Nous avons observé que les femmes levées tôt étaient très rarement sujettes à des *malaises* qui se manifestaient souvent dès les premiers mouvements des femmes longtemps immobilisées.

VI — Chez la plupart des accouchées levées tôt, l'abondance des lochies était plus grande les premiers jours des suites de couches. Les lochies séreuses apparaissaient au 8° ou 9° jour pour devenir très rares à partir de ce moment.

C. — Conditions indifférentes au moment du lever

a) Nous avons enfin relaté des conditions qui auraient pu influencer les suites de couches avec la méthode du lever précoce. Nous ne nous sommes pas aperçu qu'elles aient quelque importance.

L'âge des accouchées levées tôt a été relevé pendant un mois.

Sur 100 femmes, 18 avaient moins de 20 ans.

46 avaient de 20 à 30 ans.

20 avaient plus de 30 ans.

b) Nous avons recherché l'influence de la parité sans enregistrer quelque chose de spécial dans la façon de supporter la mobilisation précoce.

Sur 250 femmes levées tôt, il y avait

108	I pares
70	II —
32	III —
21	IV —
9	V —
3	VI —
3	VII —
1	VIII —
3	IX —
1	X —

D.— Contre indications du lever précoce

Nous donnons successivement, par ordre décroissant, suivant leur importance, ces chiffres qui représentent les contre-indications du lever.

Sur 169 femmes qui se sont levées tardivement du 9^e au n^{me} jour après l'accouchement, 24 seulement ont été isolées pour affections graves, 3 streptococcies, 8 affections pulmonaires, 2 phlébites, 4 césariennes, 3 forceps, etc...

Nous reprendrons, après en avoir donné l'énumération, les plus importantes de ces contre-indications.

Sutures du périnée.....	32
Affections des voies respiratoires et maladies infectieuses	22
Fièvre d'origine infectieuse indéterminée.....	21

Affections des seins	17
Hémorragies du travail ou de la délivrance.....	17
Forceps (isolés 3) (césariennes 4).....	16
Cardiaques	7
Varices importantes avec douleurs dans les jambes.	4
Fétilité des lochies, vaginite, leucorrhée avec tempé- rature fébrile	10
Interventions manuelles pendant le travail (Braxton- Hicks, réduction de procidence, versions).....	7
Prolapsus génital	1
Délivrances artificielles	5
Pyélonéphrites	3
Phlébite	3
Streptococie	3

a) Sur les 32 cas de *suture du périnée*, 7 seulement ont eu de la fièvre. Le plus grand nombre de ces sutures ne comprenait qu'un ou deux points. Malgré cela, on ne permettait pas le lever avant l'ablation des fils, c'est-à-dire avant le 8^e ou 9^e jour. C'est sur ces malades non infectées et soumises au repos pour une cause relativement bénigne, que nous avons pu faire les observations les plus intéressantes au point de vue de leur comparaison avec les femmes levées précocement. Nous relaterons ces remarques après avoir analysé toutes ces contre-indications.

b) Les 22 cas d'affections respiratoires représentent les *bacillaires*, les cas de *bronchite*, *pleurésies*, *affections chroniques* ou aiguës, les *maladies infectieuses*, dans lesquelles une mobilisation précoce n'était pas de mise. En effet, en admettant que dans certains cas ces affections ne fussent

pas assez graves pour commander le repos au lit, la fièvre qui en complétait le tableau clinique pouvait en même temps se réclamer d'une infection latente.

c) Dans 21 cas, des malades ont eu une fièvre assez forte dont on ne put déterminer la cause. L'examen du sang, des lochies ne donnait aucune indication. Cependant l'accélération du pouls, la courbe de la température dénotaient la présence d'une infection. L'involution utérine subissait dans ces cas des modifications de lenteur très nettes. Certainement à cette lenteur de descente du fond utérin concourait le repos au lit, mais l'arrêt complet de cette descente pendant plusieurs jours se réclamait de l'infection. Suivant la gravité du cas, on isolait la malade ou bien elle était traitée dans la salle même dessuites de couches. Le plus souvent, cet état ne se maintenait que 8 à 10 jours.

d) Les *affections des seins* nous ont paru une contre-indication du lever précoce à cause surtout de l'élément douleur.

c) Chez les femmes qui avaient eu des *hémorragies du travail ou de la délivrance* de plus de 500 gr., le lever n'était institué qu'après 8 ou 10 jours, pendant lesquels on traitait l'état anémique créé par cette abondante perte de sang.

d) *Toutes les interventions manuelles ou instrumentales ayant eu lieu pendant le travail ou la délivrance* étaient des conditions qui plaçaient les femmes qui y avaient été soumises dans l'obligation d'un plus long repos. Ces interventions, forceps, versions par manœuvres internes, Braxton-

Hicks, réduction de procidence du cordon, etc...) n'étaient pas toujours suivies de fièvre après l'accouchement. Aussi nous avons pu faire lever au 8^e ou 9^e jours 3 femmes qui avaient été accouchées au forceps. Malgré cela, ces interventions, par le traumatisme qu'elles créaient, préparaient le terrain aux agents infectieux.

e) Dans 10 cas une *vaginite intense*, la *fétidité des lochies*, sans présence de streptocoques, ont contre-indiqué le lever surtout si la température était élevée. Mais nous avons sur les 511 femmes levées tôt, une vingtaine d'observations dans lesquelles les suites de couche ont été normales malgré la présence du gonocoque dans le col ou le cavum-utérin. Donc un certain nombre de femmes atteintes de vaginite gonococcique, se sont levées précocement sans accident. Dans la thèse de Dujol (1913), on retrouvera ces observations prises dans la Clinique obstétricale de Lyon.

e) Dans quelques cas de varices, nous avons considéré que le lever était contre-indiqué. Il s'agissait de femmes dont les jambes étaient couvertes de nodosités variqueuses, entraînant des troubles trophiques et qui se plaignaient de douleurs. Sur ces trajets veineux, plus ou moins altérés, auraient pu se produire des coagulations redoutables. Le repos était indiqué.

f) Enfin nous avons eu, sur les 680 malades, 2 cas de *phlébite* qui se sont déclarés chez des femmes qui étaient pourtant restées immobilisées parce que leur température était élevée pendant les jours qui suivaient l'accouchement.

Ici le lever ne pouvait donc être incriminé. D'ailleurs,

pendant les mois qui ont précédé ceux sur lesquels portent nos observations, nous avons retrouvé 3 *phlébites* qui s'étaient aussi produites sans que les malades aient été soumises à aucun mouvement.

Nous n'insisterons pas sur les cas de fièvre due au streptocoque, dans lesquels le repos le plus rigoureux s'impose. On voit donc qu'on peut considérer comme contre indications du lever précoce, beaucoup de cas bien faciles à déterminer. Plutôt que de les énumérer encore, il faut se rappeler qu'en principe ne doivent être soumises à une mobilisation rapide que les accouchées *apyrétiqes*, ayant eu un *accouchement et une délivrance normaux*, exemptes d'affections chroniques ou aiguës.

CHAPITRE IV

Etude Analytique des avantages du lever précoce Les objections qu'on lui fait .Leur réfutation

Dans les statistiques portant sur les femmes levées tôt à la Clinique obstétricale de la Faculté de Lyon, nous avons relaté le pourcentage faible d'élévations de température, le peu de cas de douleurs dans les jambes, le petit nombre d'accidents produits. Nous y avons opposé les avantages nombreux de la mobilisation précoce sur l'involution utérine, sur la courbe thermique, sur l'état général des accouchées. Il est intéressant d'étudier d'une façon plus approfondie ces avantages et d'en discuter l'importance. Nous

ne passerons pas sous silence les objections les plus habituelles que l'on fait au lever précoce et en apprécierons la valeur.

A. Influence du lever sur l'organe gestateur

a) Sur l'involution utérine.

Tout d'abord étudions *l'influence du lever sur l'organe gestateur*. Il favorise d'une façon évidente, avons-nous vu, la rapidité de l'involution. Au 12^e jour, après 5 ou 6 jours de lever, le fond utérin n'est plus perceptible au-dessus de la symphise pubienne. Pour la plupart des classiques, cette descente dans la cavité pelvienne doit durer 14 ou 15 jours. Cet effet du lever précoce a été observé déjà par M. Pichévin qui écrit dans un article de la Semaine gynécologique : « le fait est qu'une femme qui reste de longues semaines allongée dans son lit sans le moindre mouvement, conserve plus longtemps sa matrice grosse que celle qui se lève et marche au bout de quelques jours. » Küstner, dans ses nombreuses observations, avait noté la même chose. Debrade (thèse de Paris) arrive aux mêmes conclusions. M. Desplats, dans son travail, note aussi la rapidité de l'involution utérine sous l'influence du lever précoce.

Par quel *mécanisme le mouvement facilite-t-il l'involution utérine* ? Il faut tout d'abord établir, que l'utérus qui au bout de douze jours n'est plus perceptible au-dessus de la symphise pubienne, n'a pas terminé son involution. Nous avons eu souvent l'occasion de contrôler par le toucher ses

dimensions. Il était encore du volume d'un poing au 12^e jour, mais ce volume était bien moindre que celui des utérus examinés chez les femmes qui étaient soumises à un long repos. C'est un fait bien physiologique que la contraction des muscles abdominaux provoquée par le mouvement est favorable à la circulation sanguine des organes et réalise un véritable *massage du muscle utérin*. En outre si la circulation intra-abdominale est notablement activée, de petits tiraillements se produisent sur les ligaments de la matrice, *ces tiraillements provoquent des contractions musculaires favorisant l'involution*. Tel est en partie le mécanisme que la mobilisation emprunte pour favoriser l'involution.

Or, plusieurs auteurs *accusent le lever précoce de favoriser la subinvolution*. Il nous sera facile de réfuter cette objection. La *subinvolution* est un état particulier de l'utérus post-partum se traduisant extérieurement par ce premier signe : *la persistance du volume de l'organe*. Le lever précoce tendant au contraire à amener une diminution plus rapide de l'utérus, on ne peut l'accuser d'engendrer ce premier signe de la subinvolution.

Un autre signe de la subinvolution est la *flaccidité du tissu utérin*. Nous avons noté que l'utérus soumis aux excitations transmises par une sangle abdominale en mouvement, se contractait. La laxité d'un tissu musculaire est fonction de sa contraction, un muscle qui se contracte souvent n'est plus flasque. Autre signe de l'utérus en subinvolution : *tendance aux hémorragies*. Le lever favorise la contraction utérine et l'on sait bien que cette contraction opère une véritable « *ligature vivante* ». Chez les femmes mobilisées précocement, *nous n'avons jamais observé d'hémorragies*.

On voit donc qu'en prenant un à un tous les signes de la subinvolution le lever ne peut entrer dans leur étiologie, au contraire. Il faut avant tout rechercher une étiologie plus manifeste à la subinvolution : *c'est l'infection*. Plus loin, nous verrons ses rapports avec la mobilisation précoce.

Il est intéressant de signaler en passant que *l'allaitement au sein a une action favorable sur la contraction utérine*. Au moyen de l'hystérogaphie externe, on a pu constater à la Clinique que pendant la succion du mamelon l'utérus se contractait. Or toutes les femmes de la Clinique allaitent elles-mêmes leur enfant pendant le séjour qu'elles y font. *L'allaitement au sein favorisant la contraction utérine concourt donc avec le lever précoce à la rapidité de l'involution à la prophylaxie de la subinvolution*. Il y aurait un grand intérêt à prendre des tracés de contraction utérine pendant l'allaitement chez les femmes qui se lèvent tôt et celles qui restent au repos. On saurait mieux ainsi la part qui revient au lever ou à l'allaitement dans la rapidité de l'involution.

b) *Sur la position de l'utérus post partum.*

Un autre avantage que le lever précoce crée à l'utérus, c'est la reprise de sa position normale. Les classiques accusent souvent au contraire, la mobilisation précoce de favoriser les déviations utérines et surtout la rétroversion. Nous ferons d'abord appel aux constatations relatées par les expérimentateurs du lever précoce — Küstner, Kronig. — Nous-même avons eu souvent l'occasion d'observer 12 jours après l'accouchement, après une mobilisation précoce, la bonne position de l'utérus. 2 femmes du service avaient avant leur grossesse porté des pessaires pour rétroversion.

Elles sont parties après avoir été soumises à un lever précoce, et à leur sortie l'utérus était en antéversion.

Il suffit d'ailleurs d'un simple raisonnement pour s'apercevoir que cette critique du lever est mal fondée. Normalement, après l'expulsion du fœtus, l'utérus, organe mou, flasque, a ses ligaments relâchés. Au lieu de rester en antécourbure, *il tend à se porter vers la concavité sacrée*, à tomber dans le cul-de-sac de Douglas chez les femmes qui gardent la position horizontale. Cette *tendance est encore exagérée* par la stase et la congestion que l'immobilisation provoquent, par la poussée vésicale qui se manifeste pendant le repos absolu. Cette chute de l'utérus en arrière se produit au 8° ou 9° jour. Elle est souvent définitive. Les femmes à utérus rétroversé ne seront pas de véritables malades, mais elles éprouveront des malaises. A la fin des journées de marche, pour la montée d'un escalier, elles éprouveront une sensation de tension dans le bas-ventre, des douleurs lombaires. Les troubles nerveux bien décrits, le syndrome utérin, feront leur apparition. Enfin la rétroversion est une *cause évidente de stérilité*.

La *station debout palliera à tous ces inconvénients*. Le fond utérin sollicité par son poids basculera en avant.

c) *Le lever précoce favorise-t-il 1° les prolapsus ?*

Puisque nous nous occupons de l'influence du lever précoce sur l'utérus, nous devons répondre à cette objection fréquente que l'on fait à cette mobilisation rapide. On l'a accusée de *favoriser les prolapsus*. On sait qu'après la délivrance l'utérus a encore un poids de 1000 gr. Il faut longtemps pour qu'il revienne à ne peser que 50 ou 60 gr. = quarante jours environ. Ses ligaments sont allongés, disten-

dus, le vagin flasque ramolli par l'état puerpéral. Beaucoup d'auteurs ont pensé que ce poids de l'utérus, cette distension ligamenteuse devaient pendant les suites de couches le prédisposer à prolaber dans le vagin, surtout si on adopte la position debout. Or les *ligaments suspenseurs*, les ligaments larges au moins, *n'ont qu'un rôle médiocre* dans la statique de l'utérus. Le *poids de l'utérus* n'est pas non plus la *condition suffisante*. Duplay et Chaput ont trouvé sur 33 femmes porteuses de prolapsus, l'utérus pesant 18 fois moins de 50 grammes et onze fois le poids normal. Le relâchement des éléments de contention est la vraie cause des prolapsus génitaux, le plancher pelvien est en effet le principal élément.

Quand le plancher pelvien, le périnée fait défaut, la vulve s'entr'ouvre, les parois vaginales s'écartent. Or ce *relâchement des moyens de contention ne reconnaît pas pour cause le lever précoce, mais une contre-indication de ce lever : les lésions mécaniques de déchirure et de distension*. Les femmes qui ont eu des déchirures du périnée ont été immobilisées plus longtemps. Nous reconnaissons parfaitement, avec Pinard et d'autres, que les prolapsus sont beaucoup plus fréquents chez les femmes de la campagne, dans la classe ouvrière que dans la classe aisée. Nous savons que chez les humbles la reprise des travaux est plus précoce; mais ces femmes sont bien éloignées des conditions dans lesquelles se trouvent les femmes qui accouchent à la Clinique. Elles sont plus ou moins infectées, reprennent des besognes pénibles très tôt. Ce n'est plus de la mobilisation rationnelle, c'est un surmenage cruel dû souvent à la misère. En outre, et ceci est le point le plus important, puisque les lésions du périnée et du plancher pelvien sont la cause efficiente des

prolapsus, on peut affirmer qu'à la campagne les déchirures sont rarement suturées après l'accouchement. Les paysannes, les ouvrières des petites villes confient plus souvent la surveillance de leur accouchement à d'ignorantes matrones ou même à la nature qu'au concours médical. Par les larges voies qu'ouvrent dans beaucoup de cas les déchirures se produisant pendant le dégagement, la descente d'organes plus ou moins infectés soumis, dès les premiers jours, à des mouvements violents, peut s'opérer avec facilité.

Il est en outre à remarquer que les prolapsus sont plus souvent observés chez les grandes multipares. Or la grande pluriparité est plus le fait des classes pauvres que des classes aisées, autre constatation qui peut y expliquer la plus grande fréquence de prolapsus.

2° *Les ptoses viscérales.*

On a accusé le lever précoce de favoriser l'entéroptose. Entéroptose, ptoses viscérales ne peuvent trouver leur étiologie dans une mobilisation précoce. Après l'accouchement, une paroi abdominale parésiée, lâche, distendue, ne peut pas toujours suivre le rapide retrait de l'utérus. Les muscles droits s'écarteront sous la poussée des organes abdominaux. Mais il serait puéril de croire que le repos soit à la base du traitement de ces ptoses. Les exercices de gymnastique, la mobilisation de cette paroi parésiée, trop ample, constitueront le meilleur traitement préventif de l'entéroptose. Cette prédisposition à la chute des organes est surtout un trouble général de la nutrition des tissus qui s'accommodera mieux du mouvement que de l'immobilisation.

B. — Influence du lever sur les fonctions intestinales et vesicales

Un avantage que personne ne pourra refuser au lever précoce, c'est celui d'avoir une salubre influence sur le rétablissement des fonctions intestinales et vésicales. « Il n'est pas douteux, dit Monsieur Bouchacourt, que le lever précoce en modifiant favorablement la circulation intra-abdominale ne facilite le rétablissement des fonctions de l'intestin, de l'estomac, du foie. »

a) Le repos au lit favorise la constipation. Le relâchement de la sangle abdominale, la parésie musculaire que l'on constate chez beaucoup d'accouchées, ajoutés à la stase sanguine de l'abdomen qu'occasionne le repos, ralentissent, diminuent l'énergie des mouvements péristaltiques. Or la rétention des excréta favorise le développement des colibacilles dans le sang et peut être la cause d'une infection colibacillaire. Cette présence de coli-bacilles dans la circulation sanguine est un danger pour les voies biliaires. Nous avons observé à la Clinique un cas d'ictère dû à l'infection colibacillaire chez une constipée. Au cours de nos études, nous avons eu aussi l'occasion d'observer des pyélonéphrites des suites de couches. Nous avons retrouvé, dans le culot des urines purulentes de 3 malades atteintes de pyélonéphrite, une grande abondance de coli-bacilles. Ce coli-bacille venait certainement de l'intestin et sa production est favorisée dans l'intestin par la constipation qu'il faut donc redouter. En outre de l'infection colibacillaire qu'elle peut créer, on peut craindre les auto-intoxications, la toxinhémie avec son cortège d'accidents, céphalées, vertiges, etc. Par la distension

intestinale qu'elle crée, elle peut favoriser les ptoses viscérales. Elle n'est pas non plus sans retentir sur toute, la nutrition et même sur l'équilibre moral. Il est évident qu'on peut la combattre par des laxatifs. Mais combien est préférable le mouvement. D'abord, laxatifs et lavements ne suffisent pas toujours, créent une néfaste accoutumance. En outre, on les fera difficilement accepter en clientèle de la femme qui allaite. Elle se figure que toute drogue porte atteinte à l'intégrité de sa sécrétion lactée.

b) Le lever, avons-nous dit aussi, combat la parésie vésicale. La rétention d'urine n'est pas très rare dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Chez les femmes qui se lèvent tard, on est obligé de recourir quelquefois à des cathétérismes les exposant à l'infection. A la Clinique obstétricale de Lyon, avec la méthode de lever qui y est adoptée, les cathétérismes vésicaux sont très rares après le 4^e jour, qui suit l'accouchement.

C.— Influencé du lever sur la nutrition, l'état général

Un exercice modéré augmente aussi l'appétit. L'assimilation se fait mieux. Toute la nutrition enfin jouit d'un équilibre plus normal. Cet état *retentit favorablement sur la sécrétion lactée*. C'est un fait banal observé par tous les accoucheurs que les femmes dont la lactation était restée faible pendant leur séjour au lit, fournissent une quantité

de lait plus considérable et deviennent d'excellentes nourrices dès qu'elles commencent à sortir et à marcher.

Cet ensemble d'avantages n'est pas à dédaigner et on peut leur en ajouter d'autres d'ordre général. Une femme qui ne ressent aucune douleur, qui n'a pas de fièvre, dont les couches ont été normales, est condamnée à l'immobilisation pendant 20 jours par exemple. Elle s'habitue peut-être à être choyée, entourée, à se sentir intéressante. Autour de ce lit qu'elle occupe gravitent tous les soucis de la famille, le moindre changement des positions de son corps prend l'importance d'un événement. Quand, au bout du laps de temps prescrit, on veut enfin ordonner le lever à cette accouchée, son énergie morale a disparu. D'ailleurs, déshabituée de marcher, de se mouvoir, elle se soutient difficilement sur ses jambes tremblantes, elle a des vertiges. On dirait qu'elle relève d'une longue maladie. Küstner avait déjà noté cet état précaire des femmes levées tard et y opposait l'aspect florissant des accouchées levées tôt.

D. — Rapports du lever précoce et de l'infection

a) INFECTION EN GÉNÉRAL.

Mais pour terminer cette discussion, cette étude analytique des avantages et des inconvénients du lever précoce, il nous faut envisager une objection, la plus grave qu'on

oppose généralement à la mobilisation des premiers jours. Si cette objection était fondée, elle suffirait à elle seule à détruire la méthode que nous étudions. Nous voulons parler de l'infection pour laquelle beaucoup d'auteurs envisagent le lever précoce comme une cause prédisposante.

Nous avons suffisamment exposé dans quelles conditions d'asepsie se trouvaient les accouchées de la Clinique. Les règles rigoureuses de prophylaxie anti-infectieuse mettaient les femmes que nous avons observées dans les meilleures conditions d'observation. Sur les 511 femmes levées tôt, aucune n'a été isolée pour streptococcie. Un seul cas de phlébite a dû faire évacuer une malade sur l'infirmerie. Les quelques élévations de fièvre attribuables au lever ne dureraient pas plus de deux jours. Bref, si nous considérons la phlébite comme d'origine infectieuse, nous n'avons eu qu'un cas d'infection sur 511 accouchées levées tôt. Ce résultat paraît assez probant et ne peut faire considérer la mobilisation précoce comme une cause de l'infection.

D'ailleurs il n'a jamais été prouvé que le repos écarte ou diminue le danger de l'infection. Jusqu'à ces derniers temps, on attribuait au traumatisme les phénomènes inflammatoires consécutifs aux accouchements. Depuis les géniales découvertes de Pasteur, depuis que l'on connut le rôle du traumatisme, on put dire : « le traumatisme n'est rien, l'infection est tout ». Une femme peut être maintenue au lit et exposée de la même manière que celle qui se lève aux germes venus de l'extérieur. Ce n'est pas d'ailleurs pendant les suites de couches qu'elle court les plus grands risques. Si l'on considère la rareté des infections puerpérales à la campagne, il faut simplement se rappeler que les femmes ne sont pas dans un milieu infecté pendant leur accouche-

ment, ou plutôt que l'infection ne vient pas de l'extérieur par des touchers septiques, des lavages avec des liquides douteux. Ayant été peu exposées pendant leurs suites de couches, pendant leur travail, elles sont peu sujettes aux méfaits des agents infectieux. *C'est donc vers la prophylaxie de l'infection que doivent tendre tous les efforts et il n'est pas admissible que le repos au lit soit un agent de cette prophylaxie.*

Si l'on nous objecte qu'à la campagne les affections gynécologiques sont fréquentes, nous répondrons qu'il est très possible que la reprise des occupations dès les premiers jours, mette les organes génitaux en état de moindre résistance. Ici, le traumatisme est bien un agent prédisposant pour une infection latente que seule la reprise des rapports sexuels peut provoquer. *Lever précoce surveillé ne signifie pas travail précoce, effort ou traumatisme.*

D'ailleurs, en dehors des éloquentes réponses que donnent les statistiques de Küstner, qui n'a pas observé d'infection puerpérale au cours de ses expériences, en dehors du faible pourcentage de fièvre relaté à la Clinique, il est d'autres arguments qui prouvent que le lever ne peut favoriser l'infection. Si l'on permet, en effet, à une parturiente la position assise ou la position debout, *la simple action de la pesanteur agissant sur un utérus en bonne position, permettra un drainage plus facile des cavités utérine et vaginale.* Nous avons constaté que les lochies paraissaient plus abondantes après le lever, mais que la durée de leur écoulement était diminuée. L'abondance de cet écoulement doit vraisemblablement opérer un balayage mécanique des voies génitales. Ces produits de sécrétion et les agents infectieux

qui peuvent les souiller restant moins longtemps en contact avec la plaie utérine, les chances d'infection sont moindres.

4) PHLÉBITES.

Pour terminer cette étude des rapports de l'infection avec le lever précoce, nous parlerons *du rôle que l'on a voulu faire jouer à la mobilisation dans la pathogénie des phlébites*. Les phlébites et la phlégmatis alba dolens, ces redoutables complications des suites de couches sont presque universellement attribuées aujourd'hui à l'infection. Nous parlerons pour mémoire des phlébites aseptiques étudiées par Jeannin, mais la plupart des auteurs font de l'infection la cause déterminante des phlébites. Leur tableau clinique était parfaitement connue des anciens auteurs, mais leur pathogénie était pour eux confuse. C'était la thrombose et la migration du caillot obturateur que, disaient-ils, il fallait éviter avant tout. On conçoit aisément que la mobilisation précoce était donc redoutée. La nature infectieuse des phlébites soupçonnée par Dance, fut démontrée par Widal. Déjà Cruveilhier avait établi la conception de la phlébite lésion première, déterminant la coagulation du sang dans les veines, et détruisait ainsi la théorie de Virchow qui croyait à la thrombose primitive. Mais c'est Widal, qui le premier, a démontré pour la phlégmatis alba dolens des femmes en couche, la *présence de microorganismes*. Les thrombo-phlébites des suites de couche ne sont que des *septicémies puerpérales chroniques* se localisant en un point quelconque du système veineux. Si le caillot obstrue l'*artère pulmonaire*, on assiste à la *mort subite*. L'embolie de moindre volume donne lieu à l'*infarctus pulmonaire*. Mais la

variété la plus habituelle est constituée par la *phlégmatis alba dolens*, phlébite oblitérante des gros troncs veineux de l'un des membres inférieurs, quelquefois des deux : forme atténuée fréquente avec la pratique d'une aseptie relative. A côté de cette forme existent des formes moins nettes dans lesquelles l'inflammation porte seulement sur des troncs veineux de moindre importance.

Mais si l'agent infectieux est le facteur étiologique des phlébites, la puerpéralité crée des conditions prédisposantes. Tout d'abord *des modifications du sang dans sa composition physique, chimique et biochimique* : abaissement de la densité, accroissement de la proportion de plasma, augmentation de la fibrine, alcalinité diminuée, accroissement de la teneur en chaux, leucocytose abondante. Ensuite, des modifications dans *la vitesse de circulation du sang* des accouchées : ralentissement de la circulation dû à l'ectasie des vaisseaux, à leur allongement, à l'anémie que la perte de sang provoque. Toutes ces conditions favorisent la coagulation déterminée par l'agent infectieux. *Les micro-organismes ou leurs toxines* charriés par le sang : streptocoques, gonocoques, colibacilles, anaérobies divers, lèsent la paroi veineuse dont l'intégrité seule empêche la coagulation sanguine. Au niveau de cette lésion se forme le caillot qui soit par lui-même, soit par la stase qu'il provoque, en obturant incomplètement la veine, amène la gêne de la circulation. Si le processus de défense locale est ralenti ou arrêté, la formation du caillot avorte, les phénomènes septiques prédominent. Le caillot mal formé n'est plus qu'un abcès phlébitique. Mais dans ce mécanisme de la production des phlébites, *le mouvement ne paraît pas avoir une influence quelconque*. C'est l'agent infectieux qui est tout.

Dans un rapport fait au XV^e congrès de la société obstétricale de France, Jeannin en étudiant les phlébites, admet des *phlébites aseptiques*. Normalement, dit-il, après l'accouchement il se produit au niveau de l'utérus des thromboses spontanées. Ces thromboses se limitent à la couche la plus interne de l'utérus. Dans certains cas de *sclérose utérine*, ces thromboses physiologiques limitées à la couche la plus interne de l'utérus se prolongent soit vers les veines du bassin, soit vers les veines centrales en produisant par exemple des embolies pulmonaires, soit vers les veines des membres inférieurs. Le caillot primitif est *autochtone*, le caillot secondaire est prolongé. Il appelle ces thromboses, *thromboses aseptiques atoniques* ; quand un élément infectieux ne s'ajoute pas, elles évoluent sans température, mais il y a une *accélération du pouls*. *On ne conçoit pas très bien cette exagération pathologique d'un phénomène spontané physiologique ?* En tout cas la simple accélération du pouls qui révèle ces thromboses est une contre-indication du lever précoce. Monsieur le Professeur Fabre n'a jamais observé ces phlébites aseptiques. Il admet seulement la théorie infectieuse comme base de la pathogénie des thromboses. Quand on ne peut dépister l'agent infectieux, peut-être s'agit-il de micro-organismes difficiles à cultiver. Dans un cas de phlébite du service on croit avoir cultivé dans le sang de la malade un anaérobie spécial qui pourrait bien être souvent le facteur de certaines phlébites. De toutes façons *le lever précoce ne peut être accusé de provoquer des thromboses*.

Mais, nous dira-t-on, les phlébites sont des suites tardives de la puerpéralité, la phlegmatia alba dolens débute du 9^e au 12^e jour. Or nous mobilisons les accouchées dès le

5^e jour. On peut d'abord répondre que si l'on consulte les tableaux cliniques les mieux esquissés, il existe un *stade préphlébitique* caractérisé par de légères élévations de température, des douleurs dans les jambes, des crachats hémoptoïques, des douleurs abdominales, des points de côté. Dans le cas où ces symptômes, véritables signaux d'alarme se sont manifestés, nous nous sommes bien gardés de faire lever les accouchées. S'ils se produisaient après un premier lever, une immobilisation rigoureuse était reprise.

Il existe, disent certains auteurs, des thromboses avant lesquelles ce *stade préphlébitique n'existe pas*. Nous voulons croire plutôt qu'un *défaut d'examen* peut le laisser passer inaperçu. C'est ce qui a dû arriver pour le cas de phlébite observé dans le service après un premier lever. Nous rappelons d'ailleurs que cette femme avait eu un décollement prématuré du placenta, cause prédisposante par l'hémorragie qui en résulte, à la phlébite. C'est par oubli que ce fait n'avait pas été relaté et qu'on fit lever le malade.

D'ailleurs, en admettant qu'il y ait des phlégmatisas que nul symptôme précurseur ne vienne faire prévoir, *ces cas sont excessivement rares*. Rares aussi sont les phlébites puerpérales. A notre avis, ce serait mal comprendre les intérêts des accouchées que de les priver du bénéfice, des nombreux avantages d'une mobilisation précoce pour leur éviter des accidents dont la rareté doit diminuer la crainte constante.

CONCLUSIONS

I. A la clinique obstétricale de la Faculté de Lyon, sur 680 accouchées pendant 7 mois, on a pu instituer un lever précoce surveillé 511 fois soit dans 75 % des cas.

II. Pour instituer un lever précoce des accouchées, il faut que l'accouchement et ses suites se passent dans des conditions d'asepsie absolue. Or à la Clinique obstétricale de Lyon, sur 680 femmes, les statistiques donnent une mortalité nulle, une morbidité de 12 %. Dans les tableaux de morbidité sont comptées toutes les accouchées ayant eu + de 38° 1 de température rectale pendant 3 jours même non consécutifs, quelle qu'ait été la cause de cette température. 3 streptococcies seulement ont été observées.

III. Les 511 accouchées de la clinique se sont levées le 4^e jour quelques minutes, le 5^e jour une demi-heure, le 6^e jour à volonté. La température rectale était prise matin et soir, l'état du poulx, des lochies, de l'involution interne surveillés constamment.

IV. Les 169 femmes qui se sont levées tard présentaient des contre-indications au lever précoce.

Contre-indications absolues. Fièvre, accélération du poulx, maladies aiguës ou chroniques.

Déchirures du périnée ou du plancher pelvien.

Accouchements dystociques ayant nécessité des interventions soit manuelles, soit instrumentales.

Hémorragies du travail ou de la délivrance. Délivrance artificielle.

Infection aiguë ou chronique, fétidité des lochies.

Contre indications relatives. Vaginite, leucorrhée, affections des seins. Désir des malades de rester couchées. Varices importantes.

V. Les avantages constatés à la suite de la mobilisation précoce, sont :

1. La rapidité de l'involution utérine.
2. Le retrait de l'utérus en bonne position.
3. La régularisation de la température en général.
4. L'abaissement de certaines températures subfébriles.
5. L'influence favorable sur les fonctions intestinales et vésicales.

6. L'absence de vertiges et de malaises.

7. L'influence favorable sur la nutrition, la sécrétion lactée et l'état général des accouchées.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

FABRE

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Novembre 1913

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

ALEVENSLEBEN. — Presse médicale, 19 septembre 1908.

AUDEBERT. — Archives médicales de Toulouse, 1899.

BAR. — Pratique de l'art des accouchements.

— Journal des praticiens (30 avril 1910).

BEUTTNER. — Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande, 1906.

BONCHACOURT. — Presse médicale, 1907.

— Revue d'obstétrique et de gynécologie
(octobre 1912).

BOSC. — Gazette médicale de Paris, 1899.

BOUFFLE DE ST-BLAISE. — Revue d'obstétrique et de gyn.
(nov. 1912).

DE BOVIS. — Semaine médicale, 12 février 1908.

BROTHERS. — Semaine médicale, 1907, p. 271.

BULLETIN MÉDICAL. — 7 décembre 1912.

CABANÈS. — Les curiosités de la médecine.

CAMACHO. — Thèse de Paris, 1906.

CHARLES. — Journal d'accouchements, 1906.

CHARPENTIER. — Traité pratique d'accouchements, 1889.

DARCANE-MOUROUX (Mme). — Presse médicale (avril 1910).

DEBRADÉ. — Thèse de Paris, 1909.

DESPLATS. — Journal de la Société médicale de Lille, 1899.

DUJOL. — Thèse de Lyon, 1913.

DOLERIS. — Métrites et fausses métrites.

ENGELMANN. — Pratique d'accouchements chez les peuples primitifs.

FABRE. — Précis d'obstétrique.

FAURÉ. — Thèse de Lyon, 1912.

FLÈCHE. — Thèse de Bordeaux, 1906-07.

FROMME. — Presse médicale, 10 avril 1909.

HEGAR. — Deutsche médical Woche, 1906.

HEHNE. — Monatschrift für Geburtshülfe und gynecol., p. 544, fascicule v, vol. xxx.

JEANNIN. — Presse médicale, mars 1906.

— Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale (février 1913).

KUSTNER. — Zeitschr für Geburtsch und gyn., 1898, 1 xvii, Abeille médicale, n° 23, 17 décembre 1898.

KUMMEL. — Presse médicale, 2 octobre 1909.

LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements.

MEURER. — Journal d'accouchements, 27 mars 1910.

MEYER. — Munchener medizinische Wochenschrift, 1909, t. lxi, n° 6.

MIQUEL-MAILLÉ. — Thèse de Toulouse, 1908-1909.

PICHEVIN. — Semaine gynécologique.

PINARD. — Clinique obstétricale, 1899.

REGNAULT (F.). — Correspondant médical, 30 sept. 1898.

REYNES. — Séance de l'Académie de Médecine, 17 mai 1910.

RIBEMOND-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

RIES. — Journal américain médical association, (août 1899).

SCHOEFFER-POTOCKI. — Atlas manuel d'obstétrique clinique.

SUÉ. — Essais historiques, littératures et critiques sur l'art des accouchements.

TARNIER. — Traité de l'art des accouchements.

THÉVENOT. — De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées.

VANCE. — Semaine médicale, 1907.

VANVERTS. — Revue de gyn. et de chirurgie abd. (février 1913).

VARNIER. — La pratique des accouchements.

VORLET. — Hygiène de la grossesse et des suites de couche,
1909.

WITKOSKI. — Histoire des accouchements chez tous les
peuples.

